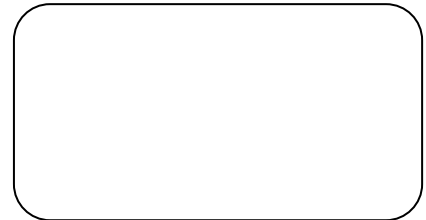




Nº Procedimiento  
**120044**

Código SIACI

**SK34**



## SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN DE CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)

Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Sexo: H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamadas:	<input type="text"/>				
Situación Laboral:	<input type="text"/>				

### DATOS DEL SUSCRIPTOR DEL CONVENIO

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="text"/>	
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				
<b>Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.</b>					

### MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA

Correo postal       Teléfono       Correo electrónico

En cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, el SESCAM le informa que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero denominado "gestión sanitaria" cuyo responsable es el Director Gerente del SESCAM, con la finalidad de gestión de prestaciones y servicios sanitarios. Las cesiones de datos que se produzcan son las autorizadas en la legislación aplicable. La negativa a facilitar los datos puede suponer la imposibilidad de mantener cualquier tipo de relación con usted.

Asimismo, se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al titular de la Dirección-Gerencia del SESCAM, Avenida Río Guadiana nº 4, CP 45071 de Toledo, o bien telemáticamente en el siguiente enlace: <https://www.jccm.es/sede/ventanilla/electronica/J5X>

Para cualquier consulta y/o comentario se puede dirigir a la dirección de correo electrónico [datospersonales@sescam.jccm.es](mailto:datospersonales@sescam.jccm.es).

## Datos de la solicitud

**EXPONE:** Que cumpliendo los requisitos previstos en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud,

**SOLICITA:** La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, en Castilla-La Mancha.

## Acreditación del cumplimiento de los requisitos para ser beneficiario

### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

- No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.
- Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, en caso de ser requeridos por la Administración Sanitaria

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones:

**AUTORIZA** al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

- SI  NO: Los acreditativos de identidad.
- SI  NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

**Documentación a aportar:**

El interesado declara aportar los siguientes documentos:

- Fotocopia del Pasaporte
- Certificados que acrediten la residencia efectiva en España durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial

Además de los anteriores, los solicitantes que no hayan prestado su consentimiento para que la Administración compruebe directamente los datos referidos a su identidad o empadronamiento, deberán aportar:

- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad/ /Número de Identificación de Extranjero.
- Certificado de empadronamiento en algún municipio de Castilla – La Mancha

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma

**DIRECTORA GERENTE DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA**